# Aspects cliniques et diagnostic des troubles bipolaires

**Les troubles bipolaires sont insuffisamment diagnostiqués, d'où la nécessité d'élargir leur cadre pour mieux les dépister. Outre les problèmes posés par les formes atténuées (hypomanie, cyclothymie) ou complexes, la principale difficulté est de les repérer parmi les dépressions majeures. Les antécédents familiaux et certains traits sémiologiques ou thérapeutiques doivent attirer l'attention.**

**Pierre Chiaroni***

En un peu plus de 2 décennies, le monolithe « maniaco-dépressif », né au début des années 1900 avec les travaux des écoles psychiatriques française et allemande, s'est effacé au profit d'un ensemble de « troubles bipolaires » ! En effet, on considère actuellement les épisodes bipolaires à symptomatologie franche, classique et complète comme les 2 pôles extrêmes d'un continuum de troubles dont les manifestations cliniques sont en fait très diversifiées et qui correspond à un véritable « spectre bipolaire ».[1]

La principale conséquence de cette évolution nosographique est une extension considérable du diagnostic de trouble bipolaire. Dans cette conception, la prévalence des troubles bipolaires est ainsi comprise entre 5 et 8 % selon les auteurs,[1,2] contrastant nettement avec le classique 1 % environ de la psychose maniaco-dépressive.[3] Par ailleurs, le rapport trouble bipolaire/trouble dépressif unipolaire avoisine l'unité, ce qui revient à dire que, en pratique, 1 trouble de l'humeur d'allure dépressive sur 2 appartient en fait à la maladie bipolaire.

Très clairement, les enjeux médicaux sont devenus : diagnostiques, avec la reconnaissance la plus précoce possible de toutes les formes cliniques, et thérapeutiques, avec la prise en charge non seulement curative des manifestations épisodiques mais, surtout, curative et préventive des rechutes et des manifestations intercritiques.

## LES BASES DU DIAGNOSTIC

### Les bases nosographiques actuelles du diagnostic de bipolarité

La nosographie que nous proposons ne correspond pas totalement aux classifications officielles,[4,5] mais résulte des données des travaux cliniques les plus récents.[+6-8]

[+] L'intérêt du spectre bipolaire est d'inclure non seulement l'ensemble des syndromes affectifs du DSM (APA) et de la CIM (OMS), mais également des formes cliniques dites atténuées et apparentées au trouble bipolaire, négligées par les grandes classifications officielles. De nombreuses études montrent que ces dernières évoluent fréquemment vers les tableaux cliniques plus complets et qu'elles comportent un risque de virage de l'humeur sous traitement antidépresseur. Leur recherche systématique tente donc d'identifier précocement les sujets à risque du point de vue de la bipolarité et de mieux les traiter, de façon curative comme prophylactique. Ce point de vue nosographique a le mérite de correspondre aux différentes situations cliniques que l'on rencontre dans la pratique courante.

* clinique du Cap, 20228 Luri ; 33, boulevard Paoli, 20200 Bastia. Courriel : pierre.chiaroni@wanadoo.fr

Même éloignée des considérations théoriques et statistiques, elle a cependant le mérite d'être pratique au sens de l'exercice et de l'art médical.

### Éléments de la classification des troubles bipolaires

Face à des troubles de l'humeur, le médecin doit évaluer les éléments suivants :
– la polarité de l'épisode : maniaque (M) ou dépressive (D) ;
– l'intensité syndromique : M ou m ; D ou d ; les lettres capitales indiquent la gravité de l'épisode jugée sur le degré de complication(s), l'impact sur la qualité de vie et le recours nécessaire à l'hospitalisation, les lettres minuscules indiquant le cas contraire ;
– le caractère pur ou mixte des symptômes en fonction de la polarité de l'épisode, coexistence ou non de symptômes maniaques et dépressifs ;
– l'existence éventuelle de symptômes d'allure psychotique, idées délirantes, hallucinations, éléments dissociatifs ;
– la périodicité ou récurrence annuelle, nombre d'épisode(s), en particulier si ce chiffre est égal ou supérieur à 4 indiquant des cycles rapides ;
– l'existence éventuelle de symptômes de comorbidité d'ordre affectif : trouble anxieux, quelle que soit sa forme (attaques de panique, anxiété généralisée, phobie simple, associations anxieuses, trouble obsessionnel compulsif), troubles addictifs (alcool, toxique) ;
– les antécédents familiaux psychiatriques concernant notamment les troubles de l'humeur, les dépendances éthylique ou toxique et les tentatives de suicide ;
– le délai et la qualité de la réponse pharmacologique aux antidépresseurs dans le cas d'une prescription antérieure, euphorie, excitation, exaltation, irritabilité, agressivité.

## Évolution du concept de bipolarité : quelques repères

• **1899-1913 :** dans sa nosographie, Kraeplin distingue psychose maniaco-dépressive et schizophrénie. Tous les troubles de l'humeur sont abordés dans une vision unitaire. Le terme de psychose renvoie à l'altération fondamentale du contact avec la réalité que l'on observe dans la psychose maniaco-dépressive, même si cette altération reste momentanée et ne dure que le temps de l'épisode.

• **1957 :** Leonhard différencie les patients bipolaires ayant une histoire d'épisode maniaque et les monopolaires n'ayant que des épisodes dépressifs. L'approche dichotomique remplace la vision unitaire. Cette classification se retrouve dans la nosographie « officielle » de l'*American Psychiatric Association* I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

• **1976 :** Duner initie la classification des troubles bipolaires en distinguant les sujets ayant eu à une reprise au moins une phase maniaque suffisamment sévère pour avoir nécessité un traitement spécifique (bipolaires type I) et les patients dépressifs et connaissant des périodes hypomanes (altération significative sans traitement spécifique : bipolaires type II).

**Depuis les années 1980 :** à la suite des travaux princeps d'Akiskal aux États-Unis et de Angst en Suisse, on assiste à un retour vers une approche unitaire avec la notion de spectre bipolaire établissant une classification complexe de trouble bipolaire (tableau 1).

### Le spectre des troubles bipolaires

| | |
|---|---|
| **Bipolaire I** | : épisode maniaque ± épisode dépressif majeur |
| **Bipolaire II** | : épisode dépressif majeur + hypomanie spontanée |
| **Bipolaire III** | : épisode dépressif majeur + hypomanie induite |
| **Bipolaire IV** | : épisode dépressif majeur + antécédent familial positif |
| **Bipolaire V** | : cyclothymie |

Tableau 1

### Au-delà de la psychose maniaco-dépressive : le spectre des troubles bipolaires

En pratique, sous le terme de bipolarité, on regroupe aujourd'hui (tableau 1), non seulement une bipolarité classique, connue sous le diagnostic de psychose maniaco-dépressive, mais également un ensemble d'affections associées, correspondant aux syndromes affectifs atténués.

**La bipolarité classique ou trouble bipolaire de type I** recouvre la psychose maniaco-dépressive. La condition nécessaire et suffisante du diagnostic est l'existence d'au moins 1 épisode maniaque franc sur la vie entière du patient pouvant naturellement être l'épisode actuel. La mélancolie unipolaire n'est donc plus intégrable à ce groupe diagnostique.
À cet épisode maniaque, peuvent s'associer :
– soit un ou des épisode(s) dépressif(s) d'intensité variable (sévère, M et D ; ou modérée, M et d) ;
– soit un ou des épisode(s) maniaque(s) seulement (M/M) ou encore une hypomanie (M et m) ;
– enfin, avec la bipolarité mixte, redécouverte par l'évaluation systématique chez les patients bipolaires des différents symptômes, on retrouve la coexistence curieuse de symptômes ayant une polarité opposée, c'est-à-dire maniaque et dépressive.
Les états mixtes ne sont toutefois pas qu'une curiosité clinique, véritable mixture sémiologique. Ils sont surtout un enjeu pronostique majeur, puisque le diagnostic positif est difficile, ce qui génère des retards de prise en charge adéquate. De plus, la fréquence de ce groupe diagnostique est considérable : plus du tiers des troubles bipolaires sont potentiellement mixtes.[9]

**La bipolarité atténuée** correspond à différentes entités qui se déclinent comme suit.
– *Le trouble bipolaire de type II* : état dépressif majeur (D) associé à des phases hypomaniaques (m) spontanées D et m.
– *Le trouble bipolaire de type III* : état dépressif majeur (D) associé à des phases hypomaniaques (m) induites par les antidépresseurs ou par un autre traitement D et m induite.
– *Le trouble bipolaire de type IV* : état dépressif majeur (D) associé à des antécédents familiaux de trouble bipolaire ou à un tempérament hyperthymique.
– *Le trouble bipolaire de type V* ou cyclothymie (m/d), soit la présentation atténuée d'une alternance de manifestations hypomaniaques et dépressives d'intensité modérée.

## Les bases cliniques du diagnostic de bipolarité : 2 étapes

Le diagnostic positif du trouble bipolaire se fait à partir d'une véritable enquête comportant 2 volets : un premier volet symptomatique et un second clinique.

### Enquête symptomatique

Quels éléments cliniques font suspecter un diagnostic de trouble bipolaire ?

À partir de la classification des troubles bipolaires, on peut répondre de la façon suivante : les symptômes dépressifs, les symptômes maniaques, les symptômes hypomaniaques.

Cette symptomatologie est regroupée en « épisode affectif » correspondant à des changements manifestes au niveau du fonctionnement du sujet dans les domaines de l'humeur, de la cognition et du comportement. Typiquement, ces états ont un début et une fin, évoluant sur une durée variable de quelques jours à quelques semaines. Le diagnostic positif de cet épisode aboutit à un diagnostic syndromique et synchronique, comme forme clinique particulière dans la catégorie des troubles de l'humeur.

### Enquête clinique longitudinale

Quels éléments cliniques sont nécessaires pour étayer et confirmer le diagnostic de trouble bipolaire ?

*D'une part, les antécédents psychiatriques familiaux* qui doivent être recherchés par deux informants si possible pour en améliorer l'exhaustivité et la qualité et doivent explorer trois générations successives dont une concerne le patient. Sont ainsi recherchés, non seulement les antécédents de trouble de l'humeur, mais également les tentatives de suicide, la dépendance éthylique, l'abus toxique et les troubles anxieux.

*D'autre part, le recueil d'informations sur l'histoire de la maladie,* non seulement auprès du patient, mais également de son entourage familial. Cette source d'information est particulièrement utile dans le cas où le patient n'est pas gêné par ses symptômes et dénie le caractère morbide du trouble. On peut donc s'aider de la classique question à poser au patient lui-même à propos des réactions de son entourage, qu'il soit familial, amical ou professionnel : « *Vous a-t-on fait remarquer que votre comportement était inhabituel au point de penser que quelque chose n'allait pas chez vous ? Étaient-ils inquiets pour vous de votre état ?* ». De façon complémentaire, l'avis des proches est aussi demandé, si possible, ces derniers étant généralement bien plus sensibles aux modifications épisodiques de l'humeur ou du comportement que l'intéressé. Plus ces variations sont brutales, intenses et cycliques, plus la perception de la modification est importante et évidente.

La réponse à ces différentes questions, associée au diagnostic synchronique concernant la nature de l'épisode, permet de regrouper les données longitudinales propres à évoquer la forme clinique du trouble de l'humeur, une bipolarité éventuelle par exemple.

### LE DIAGNOSTIC POSITIF

Comme nous l'avons vu plus haut, le diagnostic de trouble bipolaire se fait sur l'association de 2 types de données : les données transversales avec le recueil des éléments symptomatiques, tout d'abord permettant d'évoquer le diagnostic (le regroupement des différents symptômes [tableau 2] peut conduire aux diagnostics syndromiques utiles pour le diagnostic de bipolarité : syndrome dépressif ou

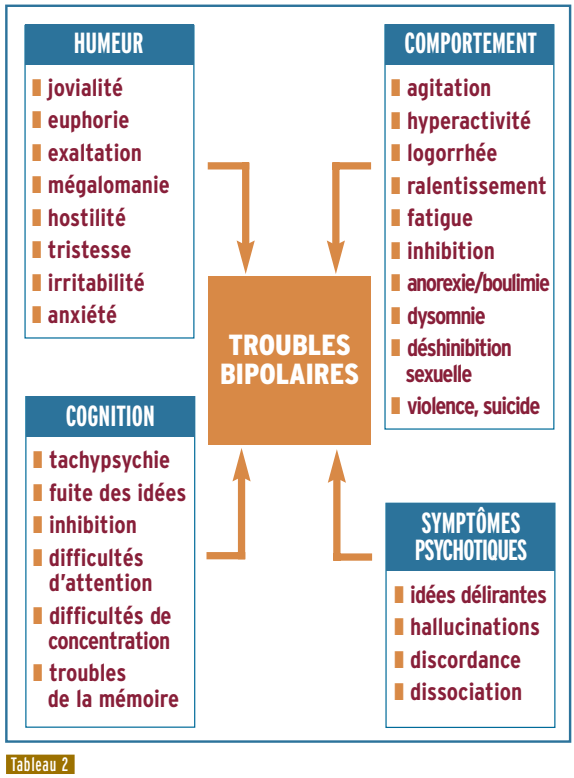


Tableau 2

## L'interrogatoire en vue du diagnostic d'hypomanie

**Dans votre vie, avez-vous connu des périodes bien délimitées dans le temps au cours desquelles vous avez ressenti ou vécu les choses suivantes :**

- une jovialité excessive ou euphorie sans raison valable ?
- d'avantage d'énergie ?
- beaucoup plus d'activités ?
- moins besoin de sommeil, sans pour autant ressentir la fatigue ?
- davantage de projets sans rapport obligatoire les uns avec les autres et sans pour autant les mener à bien ou même à terme ?
- une grande facilité et un grand besoin de parler ?
- un besoin accru de contacts sociaux et amicaux en les recherchant activement ?
- des dépenses excessives ou déraisonnables pouvant même vous mettre en danger ?

**Ces changements ont-ils été observés par votre entourage familial, amical ou professionnel au point de vous attirer des remarques désobligeantes ou d'inspirer leur inquiétude ?**

Tableau 3

maniaque, manie dysphorique, dépression mixte, hypomanie ou cyclothymie) ; les données longitudinales avec la recherche active et orientée des éléments biographiques pertinents permettant, ensuite et seulement, de confirmer le diagnostic.

### Le diagnostic de bipolarité est facile

Certaines situations cliniques ne posent aucune difficulté particulière. Ce contexte concerne, en pratique, presque exclusivement le trouble bipolaire de type I de début suffisamment ancien.
L'enquête permet facilement d'établir le diagnostic.

*La présentation clinique est typique* avec un épisode maniaque au moins dans les antécédents personnels. L'épisode actuel peut être de n'importe quel type. Mais il est, de toute façon, aisément reconnu dans sa polarité dépressive ou maniaque. Il comporte, en outre, une sévérité suffisamment importante pour handicaper et modifier le fonctionnement habituel d'une façon évidente dans le domaine professionnel ou social, ou même provoquer une hospitalisation. Tous les symptômes affectifs sont congruents vis-à-vis de la polarité de l'épisode qui ne comporte, par ailleurs, aucun élément d'allure psychotique. L'évolution est caractéristique comportant une période symptomatique nettement individualisée, suivie d'une rémission clinique quasiment complète en quelques semaines à quelques mois sans cycle rapide annuel.

*Les caractéristiques prémorbides sont évocatrices*, avec un fonctionnement familial et socio-professionnel de bonne qualité, un tempérament affectif facilement identifiable quelle que soit sa nature (dépressive, hyperthymique, cyclothymique ou irritable).

*Aucun autre trouble psychopathologique* ne complique le tableau : la sémiologie est purement affective.

### Le diagnostic de trouble de l'humeur est facile, la bipolarité doit être confirmée

Cette situation correspond à 2 contextes bien différents.
*La présentation clinique est typique*, évoquant le plus souvent un syndrome dépressif majeur, la difficulté diagnostique tenant à l'anamnèse du trouble de l'humeur : « *sommes-nous devant une dépression unipolaire ou devant une dépression bipolaire ?* ». Cette situation renvoie habituellement au diagnostic rétrospectif difficile d'hypomanie ou de cyclothymie dans les troubles bipolaires de type II, III, IV et V. Mais elle peut aussi concerner le trouble bipolaire de type I au début de son évolution lorsqu'il débute par un tableau dépressif. En résumé, cette situation pose la question de la reconnaissance de la forme clinique du trouble bipolaire.

*La présentation clinique de l'épisode thymique est atypique :* la difficulté diagnostique est d'abord celle de la reconnaissance de la nature thymique de l'épisode. Cette situation renvoie aux états mixtes et épisodes thymiques délirants et pose des problèmes de diagnostic différentiel, avec la psychose schizophrénique en particulier.

Aussi est-il nécessaire de bien connaître les différents syndromes s'exprimant au cours du trouble bipolaire.

#### Hypomanie

L'hypomanie constitue la pierre angulaire du diagnostic des troubles bipolaires de type II, accessoirement du type III (dans la mesure où elle est induite le plus souvent par une prescription surveillée).

Elle est le trouble de l'humeur le plus fréquent en dehors de la dépression majeure unipolaire au niveau de la population générale : 3,4 à 4,4 % contre 8 %.[2] Pourtant, les patients ne consultent jamais durant cette phase, pas plus qu'ils ne

### CE QUI EST NOUVEAU

- Tous les travaux actuels sont convergents pour substituer un spectre bipolaire au monolithe classique de la psychose maniaco-dépressive.
- Ainsi, les épisodes bipolaires à symptomatologie franche, classique et complète sont considérés actuellement comme les 2 pôles extrêmes d'un continuum de troubles dont les manifestations cliniques sont en fait très diversifiées.
- De fait, la prévalence de l'ensemble des formes cliniques de ce spectre bipolaire est nettement supérieure à la fréquence classique de la psychose maniaco-dépressive : 5 à 8 % contre 1 %.
- L'enjeu de la reconnaissance de ces formes cliniques est le diagnostic le plus précoce possible pour une prise en charge la plus adéquate possible des patients.

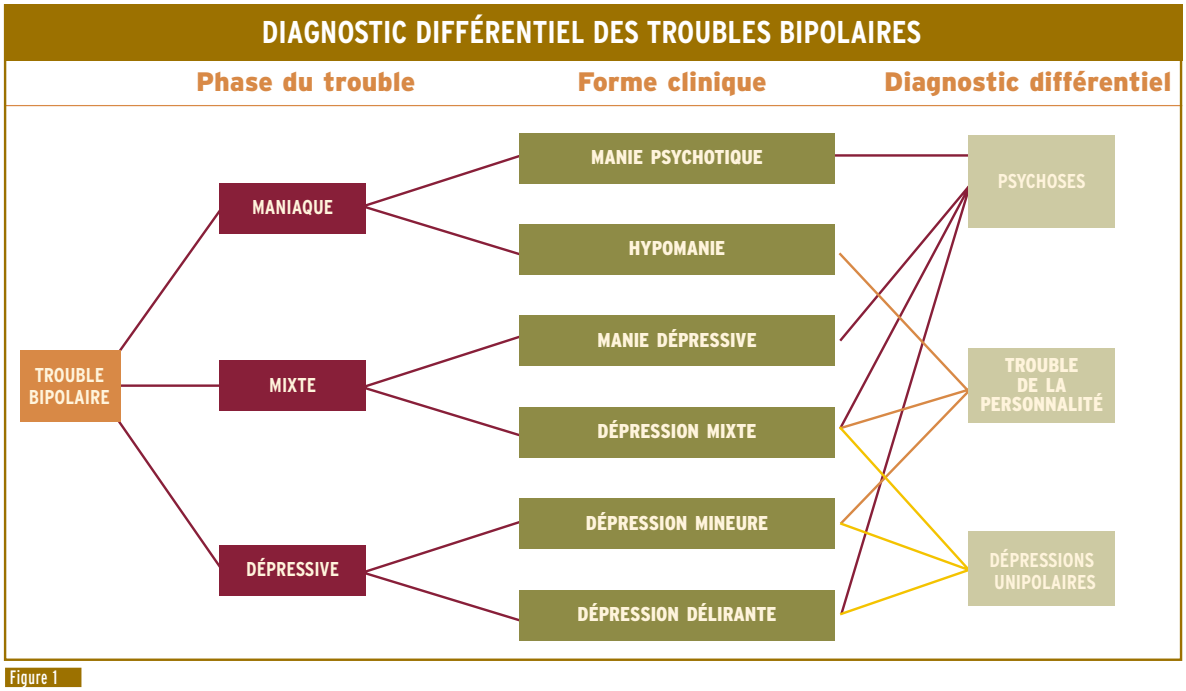


Figure 1

s'en plaignent spontanément pour la simple raison que l'hypomanie est souvent vécue comme socialement avantageuse et donc non pathologique. En effet, cet état comporte schématiquement : une humeur joviale, une hyperactivité et une apparente facilitation intellectuelle qui s'opposent même parfois aux difficultés caractérielles habituelles (manque de confiance en soi, timidité, pessimisme…).

Mais chaque médaille a son revers et l'aspect délétère de l'hypomanie ne doit jamais être négligé : troubles du caractère (impatience, irritabilité, agressivité) pouvant entraîner des difficultés relationnelles ; troubles intellectuels et mnésiques secondaires à une attention et une concentration diminuées ; altération du jugement provoquant l'apparition de conduites déraisonnables ou même à risque.

Il faut noter enfin que de nombreux travaux ont montré que l'hypomanie était fréquemment associée à la dépendance et aux abus d'alcool et de toxiques, et à un risque suicidaire élevé.

Tout cela est d'autant plus grave que les difficultés sont déniées !

Le diagnostic d'hypomanie est donc un défi : comment le faire chez un sujet vivant agréablement ses épisodes ? Il faut donc d'abord le suspecter et ensuite le rechercher très activement (tableau 3).

## États mixtes

Théoriquement, syndrome dépressif et syndrome maniaque s'excluent mutuellement. Toutefois, l'existence d'états mixtes, juxtaposition de symptômes de polarité opposée, était connue (comme une entité rare) depuis la naissance du concept de psychose maniaco-dépressive. Actuellement, la réévaluation systématique de la sémiologie des épisodes affectifs témoigne, bien au contraire, d'une association très fréquente de symptômes des 2 registres quel que soit le type d'état,[9] puisqu'ils représentent environ 30 à 40 % de la totalité des épisodes. Selon la prééminence du tableau clinique, on distingue : les manies dysphoriques (syndrome maniaque auquel s'ajoutent quelques symptômes dépressifs) et les dépressions mixtes dans le cas inverse.

Nous ne nous attarderons pas sur les problèmes diagnostiques posés par les états mixtes, le consensus étant loin d'être atteint puisqu'au moins 5 définitions sont en compétition. Nous retiendrons surtout l'importance de son évocation, puisque :

– le diagnostic différentiel le plus fréquent est celui de psychose schizophrénique avec des options thérapeutiques complètement différentes ;

– le pronostic est souvent réservé du fait de l'existence très fréquente d'idées suicidaires.

## Cyclothymie

La cyclothymie se définit par la succession, sur une durée minimale de 2 ans, de périodes hypomanes et dépressives, sans que les critères des épisodes majeurs dépressifs soient pour autant réunis. Elles sont donc des fluctuations sub-syndromiques de l'humeur sur le long terme et se caractérisent par une forte labilité de l'humeur

et une polarité opposée de l'humeur en fonction des périodes : « hauts et bas ».

Comme l'hypomanie, la cyclothymie n'est pas souvent diagnostiquée en tant que telle. Les sujets ayant ce trouble sont le plus fréquemment classés dans les perturbations du caractère ou les troubles de la personnalité : antisociale, *borderline* ou limite, histrionique ou narcissique.[4]

## Le diagnostic de bipolarité doit être systématiquement évoqué : la comorbidité fréquente

On désigne simplement par comorbidité la concurrence de 2 affections chez un même patient. Cette situation est certainement, du point de vue diagnostique, la plus complexe :

– soit les symptômes de l'affection comorbide sont au 1er plan pour le patient ou pour le médecin et masquent véritablement la sémiologie thymique.

– soit l'affection comorbide modifie la présentation clinique du trouble bipolaire comme cela peut être le cas dans les abus toxiques (alcool et cocaïne tout particulièrement).

Quoi qu'il en soit, la fréquence de cette comorbidité est suffisamment importante pour que la bipolarité soit envisagée systématiquement dans les cas suivants :[10]

– pour les abus de substance (40 à 60 %) ;

– pour les troubles anxieux (trouble anxieux généralisé, troubles phobiques, attaques de panique, trouble obsessionnel compulsif) [20 % environ] ;

– pour les troubles du comportement alimentaire de type anorexique ou boulimique (10 % environ).

La reconnaissance diagnostique de la bipolarité repose sur l'enquête clinique évoquée plus haut. Sur ce point, on insiste en particulier sur la recherche d'éléments anamnestiques particulièrement évocateurs : une forte instabilité diagnostique liée aux différents médecins consultés ; une récurrence dépressive particulièrement fréquente ; l'importance des complications médicales (en termes de nombre d'hospitalisations, de tentatives de suicide). La réactivité aux traitements antidépresseurs peut constituer un argument évolutif capital : inefficacité, aggravation paradoxale, apparition de troubles du caractère (irritabilité, agressivité) ou du comportement, virage thymique. Le recours à un avis spécialisé est en fait le plus souvent nécessaire.

## Un cas particulier : les idées suicidaires

Les troubles bipolaires sont un des groupes diagnostiques particulièrement bien représentés en ce qui concerne les causes de décès par suicide.[11] Le risque de survenue de ce dernier doit donc être soigneusement évalué en fonction :

– des facteurs de risque environnementaux et socioculturels (sexe masculin ; âge jeune ou vieillesse ; isolement affectif ; isolement social ; conflit familial ou sentimental ; difficultés professionnelles…) ;

– des facteurs de risque symptomatiques ; le geste suicidaire est accompli le plus souvent en période dépressive par comparaison à la phase maniaque ; la « suicidalité » est réputée beaucoup plus élevée pour les bipolaires de type II et les états mixtes que pour les bipolaires de type I ; la comorbidité, en particulier toxique, éthylique et anxieuse, constitue un facteur très nettement aggravant ; enfin, un pic de saisonnalité est décrit au milieu du printemps et un autre, de moindre intensité, au milieu de l'automne…

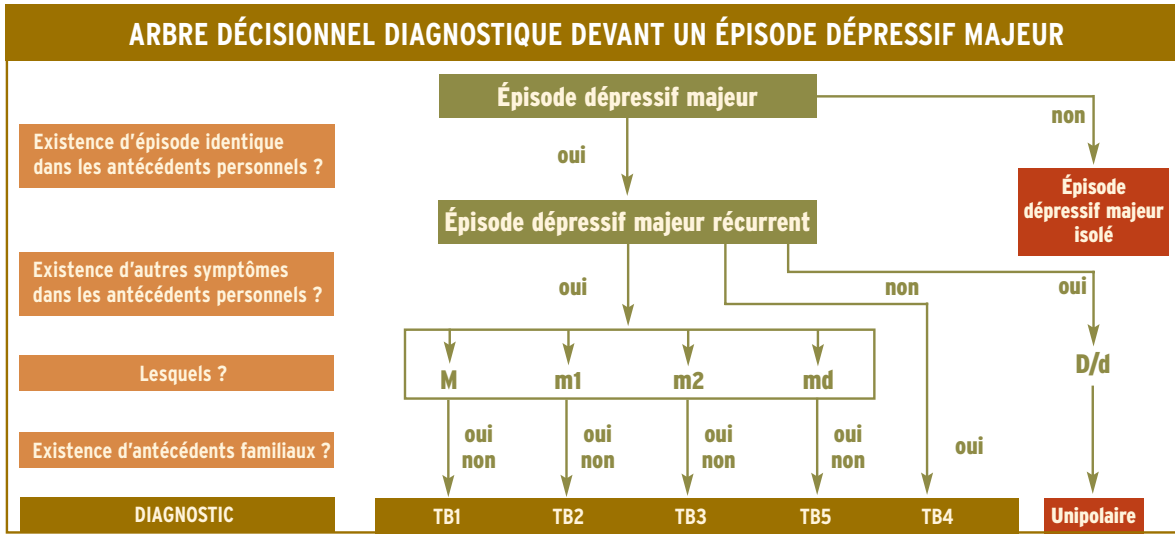


Figure 2 **M ou m :** épisode maniaque d'intensité grave ou modérée **; D ou d :** épisode dépressif d'intensité grave ou modérée ; **TB :** trouble bipolaire

– des facteurs de risque prédictif de la mise en acte (idées suicidaires ; tentative de suicide récente, dans l'année écoulée ; antécédents personnels et familiaux de geste suicidaire ; menaces préalables directes ou indirectes ; indices concrets de préparation du suicide ; tranquillité « inquiétante » faisant suite à une période anxieuse, agressive...).

Malheureusement, cette évaluation permet seulement de dégager des facteurs de risque en termes probabilitaires et la prédiction du suicide reste très malaisée. Le risque doit par conséquent être apprécié par la surveillance itérative sur la dynamique de l'idéation suicidaire, sur les conditions psychologiques individuelles du patient ainsi que sur les conditions générales du climat dans lequel celui-ci vit.

En pratique, à partir de la mise en évidence de symptômes évoquant un trouble de l'humeur, l'existence d'idées suicidaires doit être activement et systématiquement recherchée et le suicide doit être avant tout redouté. Cette recherche est souvent facilitée par le patient lui-même puisqu'on estime à 80 % le nombre des suicidants consultant leur médecin de famille dans le mois précédant le geste suicidaire et à 50 % dans la semaine précédente.

Le diagnostic repose donc sur l'évocation directe du symptôme par l'interrogatoire minutieux du patient. C'est parfois une chose difficile, et chacun trouvera ses propres mots pour dédramatiser et en parler. Le dialogue peut être engagé sur le thème des « idées noires », du désespoir, du sens de la vie, de l'évocation des proches disparus pour arriver progressivement à l'idée du suicide.

Le bilan est alors complété : en appréciant la fréquence, l'intensité et la durée des idées suicidaires ; en recherchant les indices d'une préparation active du geste ; et en précisant la forme clinique du trouble bipolaire (mixte ou non ; comorbidité ou non ; traits de caractère sous-jacents).

## LA DÉPRESSION UNIPOLAIRE : PRINCIPAL DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La figure 1 résume les différents diagnostics différentiels possibles des troubles bipolaires.

En résumé, il s'agit d'un double pari.

**Tout d'abord, faire le diagnostic de trouble bipolaire le plus précocement possible,** c'est-à-dire établir un diagnostic différentiel vis-à-vis d'autres troubles psychiatriques : psychose schizophrénique ; personnalités pathologiques.

La dépression majeure récurrente unipolaire constitue certainement le diagnostic différentiel le plus difficile (fig. 2). En effet, les épisodes dépressifs font ponctuellement partie intégrante du trouble bipolaire, même s'ils n'en résument pas toute la clinique. Pour différencier la dépression bipolaire de la dépression unipolaire, il faut rechercher certaines particularités présentes dans le cadre de la bipolarité :

– anamnestiques et biographiques (antécédents familiaux de trouble bipolaire ou de dépression sur 3 générations successives ; début précoce, avant l'âge de 25 ans, ou dans le post-partum) ;

– sémiologiques (hypersomnie paradoxale[++] ; hyperphagie) ;

– thérapeutiques ; lorsque « le traitement marche trop bien » (rémission trop rapide, virage hypomane ou franchement maniaque) ; lorsque le « traitement ne marche pas » (résistance, troubles du caractère, insomnie rebelle).

Pour mémoire, le trouble bipolaire pose bien entendu des problèmes de diagnostic différentiel avec les psychoses schizophréniques en cas d'épisodes thymiques dans lesquels on retrouve des hallucinations ou des idées délirantes ; celles-ci peuvent être congruentes à l'humeur (thème mégalomaniaque sur épisode maniaque par

[++] La dysomnie (endormissement tardif, réveils en milieu de nuit ou réveil précoce) accompagnée d'anxiété est en effet classique dans les épisodes dépressifs. Par rapport à ce contexte habituel, la survenue d'une hypersomnie revêt donc un caractère paradoxal.

### POUR LA PRATIQUE

- Le diagnostic de trouble bipolaire est, aujourd'hui encore, très largement sous-estimé. Les retards et errances diagnostiques sont fréquents, sources de prises en charge inadéquates, générant des complications potentielles : hospitalisations plus nombreuses et plus longues, risque suicidaire augmenté, et surtout récurrence accrue des épisodes.
- Le diagnostic de bipolarité se fait non seulement sur l'étude symptomatique, mais également sur le recueil de données longitudinales (anamnèse, biographie et étude des antécédents familiaux). Une attention particulière doit être donnée à la surveillance de l'évolution sous traitement antidépresseur.
- Le diagnostic de trouble bipolaire est facile dans les cas typiques : le patient a ou a eu un épisode maniaque. Mais la bipolarité ne se résume pas à cette forme classique et caractéristique (type I).
- Le diagnostic de trouble bipolaire est beaucoup plus difficile dans les formes atténuées (hypomanie et cyclothymie) ou complexes (état mixte ou épisode affectif délirant). C'est dans ces cas qu'une enquête clinique soigneuse constitue une aide très précieuse.
- En pratique médicale courante, la dépression majeure unipolaire est le diagnostic différentiel principal du trouble bipolaire. En effet, le ratio trouble bipolaire/trouble dépressif unipolaire avoisine l'unité, ce qui revient à dire que, en pratique, un trouble de l'humeur d'allure dépressive sur 2 appartient, en fait, à la maladie bipolaire.
- En présence d'un trouble anxieux (anxiété généralisée, phobies, attaques de panique, trouble obsessionnel compulsif) ou d'une dépendance (alcool et toxiques), la fréquence de l'association est telle qu'on recherche systématiquement une comorbidité bipolaire.

exemple) ou, au contraire, non congruentes (thème persécutoire sur manie).

**Ensuite, dépister les sujets vulnérables pour établir le diagnostic de trouble bipolaire** dans le cadre d'une bipolarité atténuée ou sub-syndromique, c'est-à-dire différencier le trouble de l'humeur des variations normales excessives de l'humeur. Certains paramètres peuvent, là encore, orienter le diagnostic : disproportion par rapport à la cause ; caractère récurrent, cyclique des troubles ; labilité émotionnelle importante et constitutionnelle ; difficultés adaptatives relationnelles itératives dans le domaine affectif, social ou professionnel.

## CONCLUSION

L'enjeu et l'importance de l'extension actuelle du cadre nosographique des troubles bipolaires sont clairement de faire bénéficier rapidement tous les patients d'une prise en charge spécifique et efficace. ■

## RÉFÉRENCES


1. **Akiskal HS.** Le spectre bipolaire : acquisitions et perspectives cliniques. Encephale 1995 (n° Spécial VI) : 3-12.
2. **Angst J.** Épidémiologie du spectre bipolaire. Encephale 1995 (n° Spécial VI) : 13-20.
3. **Ey H.** Étude n°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. Études psychiatriques. Tome 3 : Paris : Desclée de Brouwer, 1954 : 429-517
4. American Psychiatric Association. DSM IV. Am Psychiatr Press. 1994.
5. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10. Clasification internationale des troubles mentaux. Paris : Masson. 1993.
6. **Akiskal HS.** Validating 'hard' and 'soft' phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? J Affect Disord 2003 ; 73 : 1-5.
7. **Angst J. Gamma A.** A new bipolar spectrum concept: a brief review. Bipolar Disord 2002 ; 4 : 11-4.
8. **Benazzi F.** Frequency of bipolar spectrum in 111 private practice depression outpatients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003 ; 253 : 203-8.
9. **Bougeois M Verdoux H, Henry-Demotes Mainard C.** Manies dysphoriques et états mixtes. Encephale 1995 (n° Spécial VI) : 21-32.
10. **Goodwin FK, Jamison KR.** Manic depressive illness. New-York Oxford University Press, 1990.
11. **Barraclough B, Bunch J, Helson B *et al.*** A hundred cases of suicide : clinical aspects. Br J Psychiatr 1974 ; 125 : 355-73.


*L'auteur n'a pas déclaré de conflits d'intérêt.*


**SUMMARY Clinical picture and diagnosis of bipolar spectrum**

Since more than one century, the illness considerably evolved. Between the extremes of full-blown manic-depressive disorder and the strictly defined unipolar depression, patients exhibit particular affective conditions characterised by complex or soft symptoms. So the actual classification encompasses 6 clinical forms with sometimes, sub-forms. In this context, an awareness of the different clinical presentations is an important issue in the daily practice, especially hypomania, cyclothymia, mixed states and affective episode with delusion. These conditions are often misdiagnosed and the bipolar trouble is under-diagnosed. Although, the lifetime prevalence of the classical manic-depressive is about 1%, current evidences indicate that the bipolar spectrum account for 5-8 % in the general population. So, the public health significance of a rapid and proper diagnosis is quite essential because the treatment needs to be applied in the clinical care.

*Rev Prat 2005 ; 55 : 493-500*

**RÉSUMÉ Aspects cliniques et diagnostic des troubles bipolaires**

La conception de la psychose maniaco-dépressive a considérablement évolué en un siècle de clinique psychiatrique. À partir d'études épidémiologiques de cohortes, de suivis prospectifs de patients au long cours et des résultats thérapeutiques obtenus par différents traitements, la nosographie s'est fortement complexifiée pour aboutir à un spectre de différents troubles bipolaires bénéficiant chacun de particularités sémiologiques, évolutives et thérapeutiques spécifiques. Ainsi, on décrit actuellement 6 types de troubles dont certains connaissent même des sous-types. Le pari clinique est donc bien le diagnostic le plus précoce possible du trouble lui-même ainsi que de sa forme clinique. L'enjeu est la mise en place de la prise en charge la plus adéquate pour éviter toutes les complications de la bipolarité. L'exigence est la reconnaissance des formes atténuées et complexes de la « nouvelle clinique bipolaire » : hypomanie, cyclothymie, états mixtes, manies et dépressions délirantes. L'extension du cadre de cette affection a permis de réévaluer sa prévalence, et on estime aujourd'hui que les troubles bipolaires touchent entre 5 et 8 % de la population générale. Ce chiffre contraste avec le classique 1 % de la psychose maniaco-dépressive dans la population générale. L'écart entre ces 2 chiffres témoigne de l'importance du rôle du médecin généraliste, généralement en première ligne face aux plaintes de ces patients.